A Aguirre y Valdes (A)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE EL

DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO

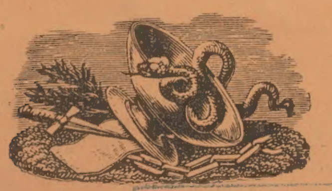
TRABAJO

PRESENTADO AL JURADO CALIFICADOR PARA EL EXÁMEN DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

AGUSTIN AGUIRRE Y VALDES,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y de la Escuela Práctica Médico-Militar, Jefe de Clínica en la segunda, y Aspirante
del Cuerpo Médico del Ejército Mexicano.



MEXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN NUM. 1.

1883

C. Dr. José Bandera
Sinodal Suplente.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE EL

DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO

TRABAJO

PRESENTADO AL JURADO CALIFICADOR PARA EL EXÁMEN
DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

AGUSTIN AGUIRRE Y VALDES,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y de la Escuela Práctica Médico-Militar, Jefe de Clínica en la segunda, y Aspirante
del Cuerpo Médico del Ejército Mexicano.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN NUM. 1.

1883

A mis Padres.

A mis Hermanos.

A los Sres. Doctores

Francisco Montes de Oca y Ramon Macías.

A mis Maestros.

A mis buenos Amigos

los Sres. Casimiro Galindo y Casimiro Preciado.

EL diagnóstico de las enfermedades del testículo presenta en algunos casos cierta dificultad, ya porque la afeccion esté apénas en su principio, ya porque las manifestaciones á que da lugar no son de tal manera claras que permitan desde luego formar juicio de la naturaleza de la enfermedad de que se trata en un caso dado, ya en fin porque los datos no son recogidos como es debido; hecho que se ve con frecuencia en las clínicas, ó aun cuando así sea, ellos no son apreciados en su justo valor, ó se les da una interpretacion desviada; fácil seria citar numerosos casos en los cuales, ya por una, ya por otra de estas causas, ya por varias reunidas, se ha hecho un diagnóstico manifiestamente erróneo. Otra causa que contribuye poderosamente á aumentar las dificultades del diagnóstico de estas enfermedades, es lo poco estudiada que está la patología del testículo y sus anexos; y principalmente la semeiótica de los signos que da la exploracion directa y de los que se pueden recoger por el interrogatorio. Sin embargo, interrogando metódicamente al enfermo, haciendo una exploracion bien dirigida y valorizando con exactitud, aisladamente y en su conjunto, los diversos signos que nos da el exámen del enfermo, es posible en la mayoría de los casos formarnos un juicio exacto de la afeccion de que se trata, sin negar, por supuesto, que hay casos

en que el diagnóstico es no solo difícil, sino imposible por más cuidado que se ponga en la exploracion, y por más que á cada signo recogido se le aprecie en su verdadero valor semeiótico.

En el presente trabajo, me propongo solamente, hacer algunas consideraciones sobre el valor que tienen para el diagnóstico los signos que nos da el exámen del enfermo. Para su estudio los dividirémos en dos grupos, comprendiendo el primero, los signos conmemorativos ó anamnésticos, y el segundo los signos actuales de las enfermedades del testículo.



I

SIGNOS ANAMNÉSTICOS

DE LAS

ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO.

SIENDO el interrogatorio la fuente de donde tomamos los signos de que vamos á ocuparnos desde luego, dirémos algo acerca del método que debe seguirse para hacerlo lo más completo que sea posible, y ver todo el partido que podemos sacar de él para nuestro objeto final: el diagnóstico de las afecciones del testículo.

Una vez conocida la region enferma, el interrogatorio debe dirigirse á investigar el principio de la enfermedad, la época de su aparicion, la causa más ó ménos probable á que se puede atribuir, los padecimientos anteriores, ya de la misma region, ya de los órganos cercanos, las enfermedades generales diatésicas ó nó, que hayan podido influir sobre la glándula seminal ó alguno de sus anexos: la herencia tiene una importancia grande para ciertas afecciones, y no debe olvidarse tomar en cuenta este antecedente.

En cuanto al principio de la enfermedad, debe siempre insistirse sobre él, é interrogar con cuidado los síntomas que desde luego se notaron, y los caractéres que en esa época presentaban; en seguida se deben investigar las modificaciones que pueden haber sufrido, si desaparecieron algunos ó se presentaron nuevos; en una palabra, averiguar lo mejor que sea posible la marcha de la enfermedad; pues es sabido que cada una de las afecciones, tanto agudas como crónicas, del

testículo, siguen una marcha diferente: unas aumentando constantemente, sin retroceder jamás; otras al contrario, despues de un espacio de tiempo más ó ménos largo, bien bajo la influencia de un tratamiento apropiado, ó bien por los esfuerzos solos de la naturaleza retrogradan poco á poco hasta su completa desaparicion; otras tienen en su marcha alternativas de alivio y empeoramiento. Debe tambien fijarse la atencion en si la enfermedad ha marchado con lentitud ó rapidez, pues esto tiene un gran valor, principalmente cuando se trata del diagnóstico de los tumores desarollados en esta region; otro dato, que no debe olvidarse, es investigar si la afeccion ha marchado de arriba abajo ó de abajo arriba.

Es de tal manera importante el estudio de la marcha, que á veces basta para hacer un diagnóstico que con frecuencia se encuentra apoyado por los datos recogidos por la exploracion física. Debe tambien insistirse sobre las modificaciones que hayan sufrido los diversos síntomas, principalmente los físicos, fijándose, en caso de tumor, por ejemplo, en los cambios de consistencia, forma, volúmen, &c. No debe olvidarse tampoco averiguar si el enfermo ha sido sometido á algun tratamiento, y cuál ha sido éste: si ha sido interno, qué medicamentos han sido empleados y con que éxito; si ha sido local cuáles han sido los tópicos usados; si ha habido intervencion quirúrgica, cuál ha sido ésta; si se ha hecho alguna puncion preguntar los caractéres del líquido extraido, su color, su aspecto, su consistencia, &c. Labbé aconseja investigar si ha habido anteriormente alguna hernia, sobre todo en caso de hidrocele, porque los sacos deshabitados pueden contener cierta cantidad de serosidad (quiste sacular de Duplay) que dando lugar al fenómeno de la traslucidez, hace fácil la confusion con el hidrocele de la túnica vaginal.

Al hacer el interrogatorio, debe tenerse presente, que con frecuencia los enfermos, sobre todo los de la clase inferior, y principalmente nuestros soldados, contestan afirmativamente á todas las preguntas que se les dirige: unos lo hacen, por decirlo así, automáticamente; á otros les parece que contestando negativamente el médico se disgusta, creyendo que contrarian la opinion que se habia formado sobre su enfermedad: debe,

pues, insistirse en que las respuestas del enfermo sean realmente la expresion de los hechos, y de ninguna manera respuestas de pura complacencia.

Entre los signos anamnésticos comprenderémos: la edad, el temperamento, la constitucion, la herencia, el hábito, el traumatismo, y las enfermedades anteriores y coexistentes.

Edad.—El período de la vida en que más frecuentemente se presentan las afecciones del testículo y sus anexos, es sin duda alguna el que comprende la época de funcionamiento de esta glándula; así, se puede asegurar que su vida patológica empieza con su vida fisiológica: esto se puede decir *à priori* y demostrar *à posteriori:* es indudable que el testículo, ántes de la pubertad, es un órgano que no funciona, un órgano inerte; sabido es que los órganos que no tienen funcion ó que la tienen solamente pasiva presentan pocas aptitudes patológicas. ¡Cuán raras son las enfermedades de los tendones, de la esclérotica, &c! Por otra parte, las estadísticas demuestran claramente que de 20 á 30 años se observa el mayor número de afecciones testiculares; ellas demuestran cuán raras son en los dos períodos extremos de la vida, principalmente en la infancia; sin embargo, esto no quiere decir que el aparato seminal no sufra de ninguna manera ántes de la pubertad ni despues de la edad adulta. En el recien-nacido se observa un grupo de enfermedades que son más bien vicios de conformacion debidos á faltas de desarrollo: tales son las ectopias testiculares, la criptorquidia, la monorquidia, el hidrocele congénito que depende de la persistencia de la comunicacion de la cavidad peritoneal con la túnica vaginal, etc.; en la segunda infancia suele observarse uno que otro caso de las afecciones de que me acupo: el Dr. Hurtado, en dos años que practicó en el Hospital de Infancia, me dice haber observado algunos casos de hidrocele adquirido y uno solo de cáncer encefaloide que fué extirpado por el Dr. Licéaga: esto está de acuerdo con lo observado por Bouchut, que en su obra sobre enfermedades de la infancia, se limita á describir el hidrocele, el cáncer del testículo y el fungus benigno. En la vejez se presentan con más frecuencia las enfermedades testiculares; pero casi siempre son afecciones que han empezado en la edad

adulta, pues aun el cáncer tan comun en los viejos, cuando afecta el testículo, no espera esta edad para desarrollarse y generalmente se le ve aparecer ántes.

El varicocele, la orquitis de los masturbadores, la epididimitis blenorrágica, el hidrocele, son enfermedades de la adolescencia; la tuberculósis, el cáncer y el testículo sifilítico, son de la edad adulta. El cáncer testicular se desarrolla en la mayoría de los casos entre 25 y 30 años, como lo hace notar siempre el Dr. Montes de Oca en sus lecciones clínicas; el testículo sifilítico, manifestacion tardía de la diátesis, se presenta generalmente en la edad adulta ó en la vejez, porque la sífilis se adquiere casi siempre en la adolescencia ó en la edad adulta.

Temperamento.—Tiene poca influencia sobre las afecciones de que me ocupo, pues casi con excepcion del linfático que aquí como en otros órganos predispone de una manera marcada á la tuberculosis, el nervioso, que tal vez influya sobre el desarrollo de la neuralgía testicular *(irritabilis testis de Cooper)*, los otros temperamentos no tienen una influencia patológica marcada, ni sobre la glándula, ni sobre sus anexos.

Constitucion.—No tiene, indudablemente, gran importancia para el diagnóstico de estas enfermedades, y una buena constitucion no preserva de ninguna manera de la multitud de afecciones que pueden atacar el aparato seminal: los autores, sin embargo, dicen, que el testículo tuberculoso se observa generalmente en individuos agotados, de mala constitucion, etc., pero por desgracia esto no es cierto, y por el contrario, es muy comun encontrar esta localizacion de la diátesis en individuos no solo de regular constitucion, sino aun en aquellos que la tienen envidiable: el Dr. Montes de Oca, en la clínica del Hospital Militar de Instruccion, ha insistido hace mucho tiempo sobre este hecho poco observado y orígen frecuente de funestos errores: recuerdo el caso de un individuo que estuvo repetidas veces en el Hospital; era jóven (24 años), tenia una magnífica constitucion y una musculacion atlética, por decirlo así; pues bien, este individuo llevaba una tuberculósis en el testículo izquierdo, (lado en que se presenta con más frecuencia la enfermedad) y la naturaleza de su

afeccion fué desconocida por mucho tiempo, entre otras cosas porque su constitucion todo hacia creer ménos que se trataba de una neoplasia que se dice propia de las malas constituciones, de los individuos agotados, etc.: por fortuna para el enfermo el diagnóstico se hizo cuando el mal era todavía local; pues el cordon, las vesículas seminales, la próstata, todo se encontraba sano; en el pulmon tampoco se oía ningun ruido anormal, el enfermo se encontraba por tanto en circunstancias propias para la intervencion quirúrgica, y en efecto, la extirpacion de la glándula enferma fué hecha por el Dr. Montes de Oca, por el procedimiento que le es propio, pudiendo confirmar así el diagnóstico que de antemano habia hecho con tanta precision.

Herencia.—Tiene más importancia para el diagnóstico que las circunstancias biológicas que acabamos de estudiar; nadie ignora la trasmisibilidad de la tuberculósis de los ascendientes á los descendientes; pero se debe distinguir, como lo hace Jaccoud, para la tuberculosis pulmonar, la verdaderamente hereditaria (padre tuberculoso, hijo tuberculoso), de la innata: en ésta, el padre no es tuberculoso, pero es escrofuloso, alcohólico, sifilítico, agotado por excesos, ó por cualquiera otra causa: la tuberculosis genital, que no tuvo tiempo para desarrollarse en el padre, aparece en el hijo. El cáncer es otra de las enfermedades que se trasmite con frecuencia por herencia, y no es necesario que el ascendiente haya tenido el tumor maligno en el mismo sitio, ni sea de la misma especie; así Broussais tuvo un esquirro del recto y su hijo un coloide del mismo órgano.

Las manifestaciones testiculares de la sífilis hereditaria están mal estudiadas todavía, y Bouchut en su obra, no se ocupa de ellas; sin embargo, al hablar del fungus del testículo, cita el caso de un niño observado por Gosselin que presentaba al mismo tiempo placas mucosas en el ano.

Hábito.—Tiene una influencia marcada sobre el desarrollo de las afecciones del testículo y sobre todo del cordon. Dos son los hábitos que principalmente originan padecimientos testiculares: la masturbacion y los excesos venéreos; la influencia de la primera está bien determinada, y desde Vidal

de Cassis se sabe la frecuencia del varicocele en los que tienen esa funesta costumbre; en cuanto á la de los excesos venéreos, es ménos bien conocida, pero en mi concepto no se puede negar: sabido es que cuando se hace trabajar de una manera exagerada algun órgano, cualquiera que éste sea, su nutricion sufre, las pérdidas sobrepasan á las ganancias, viene la desnutricion; ahora, cuando el órgano que funciona en exceso es el testículo, las pérdidas son mayores aún, y pronto se hacen sentir sobre toda la economía, trayendo un debilitamiento constitucional más ó ménos rápido, pero siempre cierto, y un debilitamiento local que predispone mucho al desarrollo de diversos estados patológicos ó á la localizacion de algunas diátesis: los órganos que más frecuentemente se tuberculizan son los más débiles, los que sufren más, los que tienen una nutricion más languideciente; el aparato genital y principalmente el epidídimo y el testículo se ponen en estas condiciones, y así vemos con frecuencia esta localizacion de la diátesis en individuos que han cometido excesos venéreos, aun ántes que estos hayan influenciado la economía entera; así es que para mí, ellos tienen una gran influencia sobre el desarrollo de la tuberculósis genital adquirida y sobre la localizacion de la hereditaria. Pero veamos qué otras afecciones pueden determinar los hábitos que estudio: la masturbacion, además del varicocele de que ya me ocupé, puede dar lugar á una forma de orquitis llamada de los masturbadores, y que acaso no es sino una variedad de orquitis traumática; puede volverse tambien la causa ocasional de la epididimitis blenorrágica principalmente de la forma neurálgica descrita por Gosselin. En cuanto á los excesos venéreos, además de la tuberculósis genital que determinan, pueden ser, segun Fournier, en algunos casos, la causa ocasional del sarcocele sifilítico.

Traumatismo.—Los enfermos generalmente tienen tendencia á atribuir sus padecimientos á traumatismos que han tenido lugar en épocas más ó ménos lejanas; esta tendencia se nota aun tratándose de enfermedades internas, pero es sobre todo marcada en las enfermedades quirúrgicas, y en las del testículo se observa con frecuencia. Como á veces sucede, que este antecedente es una causa que desvia al cirujano del camino

de un buen diagnóstico, ya sea porque se le dé una importancia que no tiene, ó ya porque se desconozca su existencia, quiero insistir un poco sobre esto, y ver si es posible apreciar en su justo valor un dato anamnéstico tan comun en las afecciones de que me ocupo. Pocos órganos hay que resientan de una manera tan marcada los traumatismos como la glándula seminal; se sabe el dolor tan intenso que provocan aun los mas ligeros, dolor acompañado de una sensacion de decaimiento muy desagradable, que puede, si el traumatismo es algo enérgico, provocar un síncope más ó ménos grave; otras veces el dolor, léjos de desaparecer continúa, aumenta de intensidad, la glándula crece de volúmen, su consistencia se hace mayor, aparecen fenómenos generales, calentura, etc.; en una palabra, se desarrolla una orquitis, que teniendo en cuenta su orígen, se le llama traumática. ¿Pero siempre que encontrémos una inflamacion testicular, más ó ménos franca, más ó ménos aguda y como antecedente algun traumatismo, deberémos decir que se trata de una orquitis traumática? No, indudablemente, debemos en primer lugar asegurarnos de la existencia real del traumatismo: muchas veces sucede que los enfermos dan como orígen de sus padecimientos un supuesto traumatismo para desviar al médico y ocultar el orígen verdadero de su afeccion. Recuerdo un caso que vimos en la Clínica (Hospital Militar) el año pasado, en que el enfermo decia que su afeccion era debida á un golpe que se habia dado en el testículo, que al bajar una escalera cayó de tal modo que la glándula chocó contra un escalon; esto, como nos lo hizo ver el Dr. Montes de Oca en aquella vez es enteramente inverosímil, y tal choque indudablemente no tuvo lugar; pues bien, el alumno que examinó dicho enfermo, desviado por ese falso antecedente, le diagnosticó una orquitis traumática, cuando en realidad se trataba de una manifestacion de la sífilis constitucional. Los enfermos que tienen una epididimitis blenorrágica es comun que la atribuyan tambien á un traumatismo, que algunas veces existe y obra entónces como causa ocasional, pero que otras es solo supuesto. Algunas veces sucede que una contusion ligera, que en otras circunstancias en un individuo sano por ejemplo, no tendria ninguna conse-

cuencia, en individuos que llevan un padecimiento crónico, que hasta entónces habia pasado desapercibido, sufra éste una exacerbacion que lo haga manifiesto, ó bien solo apresure su marcha, el enfermo entónces de buena fé, cree que aquel traumatismo fué todo el orígen de sus males: así pasa principalmente con los tumores del testículo, con el sarcocele sifilítico, como en el caso que he referido, con el tuberculoso, como pasó en un individuo citado por Gosselin en su Clínica de la Charité, que llevaba sus tubérculos en el epidídimo y que recibió un golpe en las bolsas que fué la causa del desarrollo de una epididimitis tuberculosa que el enfermo creía solo de orígen traumático. Otras veces sucede todo lo contrario; el enfermo no acusa ningun choque, ninguna violencia exterior sobre la region de las bolsas, la enfermedad parece espontánea, y sin embargo, es realmente traumática; tal pasa por ejemplo en la orquitis llamada por esfuerzo, debida como lo dice Tillaux á una brusca y enérgica contraccion del cremáster que lleva violentamente el testículo contra el púbis, produciéndose así un verdadero traumatismo, causa real y positiva de la orquitis que algunos toman por espontánea, pero que es en realidad traumática: segun Tillaux, excitaciones aun ligeras provocarian la contraccion del cremáster: las emociones morales son indudablemente una de las causas más poderosas de contraccion enérgica de este músculo, y no debe olvidarse nunca que éste puede ser el orígen de una variedad de orquitis traumática.

Se ve, pues, cuánto cuidado se necesita para no dejarse guiar por el solo dicho del enfermo, sino estudiar las circunstancias en que tuvo lugar el traumatismo, su intensidad, la relacion que tiene con los fenómenos presentados, el tiempo que hace que se verificó; por último, los síntomas observados tanto generales como locales, y los fenómenos concomitantes harán que el traumatismo, si es que ha existido, se le aprecie en su justo valor.

En resúmen, el traumatismo directo ó indirecto (contraccion del cremáster) puede dar lugar á una inflamacion aguda del testículo (orquitis traumática, orquitis por esfuerzo, etc.): otras veces produce solo un derrame sanguíneo en los tegu-

mentos, en la túnica vaginal ó en el testículo mismo (hematocele); obra como causa determinante, en los blenorrágicos, de la epididimitis, que en este caso ataca con frecuencia el testículo, siendo entónces una orco-epididimitis blenorrágica; en las afecciones crónicas es el motivo, el pretexto más bien de una exacerbacion aguda, como sucede con los testículos tuberculosos principalmente.

¿Qué influencia tiene el traumatismo sobre el desarrollo de los tubérculos, y sobre la aparicion de los diversos neoplasmas, tanto benignos como malignos, sobre la glándula seminal y sus anexos? Es una cuestion no resuelta todavía, y solo diré que en la actualidad no se le debe dar gran importancia para el diagnóstico.

Enfermedades anteriores y coexistentes.—Los diversos estados patológicos, ya sean generales ó ya locales que acompañan ó preceden á las afecciones testiculares, merecen detenernos un poco, por la importancia que los clínicos les han dado para el diagnóstico, importancia que me parece un tanto exagerada y que con frecuencia es el orígen de numerosos errores: así, casi siempre que un individuo lleva una tuberculosis pulmonar, una sífilis constitucional, etc., y á la vez una afeccion del testículo, se declara que ésta es tuberculosa ó sifilítica, aunque los signos físicos, la marcha de la enfermedad, etc., protesten contra semejante diagnóstico, porque tal vez el sifilítico lleve un testículo tuberculoso ó canceroso, el tubercoloso un sarcocele sifilítico; esto, por más que parezca raro, se observa en la práctica, y basta para no darle á las enfermedades coexistentes un valor tán absoluto como lo hace la generalidad de los autores, lo cual no quiere decir que deba despreciarse su investigacion, ni le demos ningun valor; no, de ninguna manera; pero insisto sobre esto para evitar una fuente de error, y hacer ver que debe siempre guiarse el clínico más por el exámen físico, por los síntomas propios de la enfermedad, que por datos equívocos que pueden fácilmente inducirnos á formular falsos diagnósticos.

Las enfermedades anteriores ó coexistentes que pueden influir sobre el desarrollo de una afeccion testicular, se pueden referir á dos grupos: enfermedades generales ó que tienen su

sitio fuera del aparato seminal, en el primer grupo; y en el segundo los padecimientos de los anexos de este mismo aparato. Entre las primeras encontramos cinco principales: tuberculósis, sífilis, cáncer, orejones y blenorragia.

Tuberculósis.—¿Qué valor tiene para el diagnóstico de las enfermedades del testículo la coexistencia de una tuberculósis pulmonar? Poco, muy poco: el Dr. Montes de Oca nos ha llamado siempre la atencion sobre este hecho: que la tuberculósis testicular se desarrolla con mucha frecuencia independientemente de la pulmonar, y á tal punto es comun, que el mismo Louis hizo una excepcion en su ley para el órgano de que me ocupo; por otra parte, un tuberculoso puede llevar una epididimitis blenorrágica, un epidídimo secundario ó un cáncer testicular; no debe pues buscarse un apoyo para el diagnóstico en la tuberculizacion pulmonar ó de algun otro órgano; si ella existe es un apoyo débil; si no existe, este hecho no dice nada ni en favor ni en contra de la tuberculósis genital.

Sífilis constitucional.—La coexistencia de la sífilis constitucional tiene más importancia que la de la tuberculósis, sobre todo cuando se trata de hacer un diagnóstico por exclusion: es indudable que no puede existir ni el epidídimo secundario, ni el sarcocele escleroso ó gomoso sin sífilis constitucional; por el contrario, si ella existe á la vez que un padecimiento testicular crónico, á todo clínico le viene la idea de referirlo á este estado general. Nunca se debe dejar de investigar en este sentido, principalmente cuando se sospeche alguna afeccion maligna, pues es frecuente confundir el sarcocele sifilítico y el canceroso, porque el primero es una manifestacion tardía de la diátesis, y el enfermo, sin comprender el mal que se hace, puede ocultar los antecedentes, bien por mala fé, ó bien porque no crea que tenga ninguna relacion su afeccion actual con sus padecimientos anteriores; pero al cirujano toca investigar con cuidado todo lo relativo al anamnéstico y rehacer, por decirlo así, la marcha de la enfermedad, procurando averiguar si es que ha existido la sífilis, cuál es su edad, si ha curado ó nó, etc.; en tal virtud, ver si la

afeccion testicular se puede relacionar con la diátesis, el período en que se encuentra, etc.

CÁNCER.—Con mucha frecuencia el cáncer del testículo es primitivo, y permanece solo por mucho tiempo; pero algunas veces, cuando llega al período de generalizacion, pueden encontrarse tumores de la misma naturaleza en otras regiones, hecho que viene á aclarar de una manera notable el diagnóstico si es que existia alguna duda, pues en esta época los signos físicos son tan claros que el diagnóstico no presenta dificultad. El sitio de predileccion del cáncer consecutivo al del testículo, es el ráquis que se observa en la mujer como consecutivo al del seno.

OREJONES.—La manifestacion testicular de esta enfermedad general no es tan rara, pues en la epidemia que acaba de sufrir nuestro ejército y que tuve oportunidad de estudiar, se presentaron en 84 casos de orejones, 16 de orquitis (19 por 100).

Los autores dicen que en algunos casos la orquitis urleana precede al infarto parotidéo: en la epidemia á que me refiero no vi ningun caso de este género. En cuanto á la existencia de la orquitis, como manifestacion única de los orejones, admitida por algunos autores (A. Laveran, Rilliet, etc.) y negada por otros, me parece un hecho bien establecido: yo por mi parte he visto dos casos: el primero el año pasado, en la sala de Clínica, donde entónces prestaba yo mis servicios: habia una pequeña epidemia de orejones (solo en esa seccion teniamos seis casos de esta enfermedad); hacer su historia clínica seria muy largo, y solo diré, para justificar mi opinion, que la ausencia de blenorragia, de traumatismo ó de otra causa que explicara la afeccion, la falta de los signos propios de estas variedades de orquitis, el sitio de la enfermedad (testículo y cubiertas y no el epidídimo), los síntomas generales que la habian precedido, el genio epidémico y la pronta terminacion por la curacion, me sirvieron de base en aquella época para hacer mi diagnóstico; las mismas razones tenia, poco más ó ménos, para fundar mi juicio en el segundo caso, pudiendo agregar entónces el conocimiento que habia adquirido de la enfermedad, pues tuve oportunidad de ver, durante la última

epidemia de orejones, numerosos casos en la seccion de contagiosos del Hospital Militar.

Debe pues, tenerse presente, que los orejones se complican frecuentemente de una afeccion testicular que ha recibido el nombre impropio de orquitis, que lo más comun es que aparezca durante el curso de la enfermedad, cuatro ó seis dias despues del infarto parotidéo, anunciándose casi siempre por fenómenos generales alarmantes: temperatura elevada (40° ó más), malestar, inquietud, algunas veces un estado tifoidéo más ó ménos marcado: á propósito de esto, recuerdo que en un caso que tuvimos en San Gerónimo, el carácter tifoidéo era tan notable, que el médico de la Sala, á pesar de la conviccion que tenia de que aquello no era mas que el preludio de que iba á aparecer la manifestacion testicular, mandó secuestrar al enfermo: tan grande era la semejanza con el verdadero estado tifoso.

Es casi siempre unilateral y ataca de preferencia á los jóvenes: el mayor número de los que observé tenian de 17 á 26 años (12 casos), miéntras que despues de 26, solo hubo cuatro, á pesar de haber habido 22 casos de orejones.

Algunas veces el orejon tiene su sitio primitivo en la glándula submaxilar, y tambien suele entónces acompañarse del infarto testicular: hemos visto varios casos en la seccion de contagiosos, y recuerdo otro que observé en la sala de Clínica: en este enfermo se habia desconocido la naturaleza de su afeccion por el sitio que ocupaba: se habia creido en un flegmon supra-hioideo, en una adenitis, en una inflamacion de la glándula submaxilar, etc.; pero la aparicion del infarto testicular y la marcha de la enfermedad aclararon el diagnóstico.

La orquitis puede ser la primera manifestacion de los orejones segun dicen los autores, y por último, la enfermedad puede solo manifestarse en la glándula seminal, presentando entónces el diagnóstico algunas dificultades; pero teniendo en cuenta el genio epidémico, la ausencia de causa apreciable de afeccion aguda del testículo (blenorragia, traumatismo, etc.), los signos físicos, la marcha de la afeccion y demás circunstancias, el diagnóstico es posible en la mayoría de los casos.

Blenorragia.—Hé aquí una de las enfermedades más comunes y que con mucha frecuencia, léjos de ser útil al diagnóstico desvia al cirujano, haciéndolo creer que se trata de una forma de orquitis, que es sin duda la que más se ve en la práctica y la más benigna de todas, la orquitis blenorrágica; cuando tal vez se trate de alguna afeccion grave (tuberculósis por ejemplo), que necesite una intervencion quirúrgica que no se puede retardar sin fatales consecuencias para el enfermo, tal es el caso que he referido ántes del jóven Blancarte que entró repetidas veces al Hospital Militar á curarse de las exacerbaciones que sufria su padecimiento testicular, y como á la vez existia un escurrimiento que siempre se creyó blenorrágico (cuando acaso no era sino un síntoma de su afeccion glandular), en casi todas las salas donde estuvo se le diagnosticó orquitis blenorrágica, pero como el volúmen del teste no volvia al normal, pues se conservaba crecido, como continuaba la glándula dolorosa, etc., se decia que la orquitis habia pasado al estado crónico y esto era todo; pues bien, en este enfermo, ya lo he dicho, se trataba, como lo habia creido el Dr. Montes de Oca de una tuberculizacion testicular.

Cuando encontrémos un padecimiento agudo del epidídimo ó del testículo y á la vez un escurrimiento de la uretra, además de estudiar el sitio de la enfermedad en el aparato glandular y los caractéres físicos que presente, pues muchas veces esto basta para eliminar la epididimitis ú orco-epididimitis blenorrágicas, debemos ver si el escurrimiento es realmente blenorrágico, ó si es de alguna otra naturaleza; debemos investigar la edad de la blenorragia, pues sabemos que la complicacion epididimaria se presenta casi siempre durante los primeros diez y ocho dias, es decir, en el período agudo de la enfermedad, que en el subagudo es posible, pero poco frecuente la complicacion, y que en el crónico, seria un hecho verdaderamente excepcional; debe tambien averiguarse si la blenorragia, aunque crónica, ha pasado al estado agudo, pues en este caso la complicacion es posible: teniendo en cuenta todas estas circunstancias se podria evitar algunos errores. La epididimitis blenorrágica suele dejar tras sí un endurecimiento más ó ménos marcado y que persiste por algun tiempo,

sobre todo, si la afeccion ha sido mal tratada ó el individuo estaba en malas condiciones; circunstancias que influyen para el paso de la enfermedad al estado crónico, y que retardan por mucho tiempo la resolucion, si es que se llega á obtener. No debemos confundir la terminacion por induracion con el paso al estado crónico; en el primer caso la inflamacion termina, desaperece por completo, y solo queda depositado el exudado que bajo la influencia de una medicacion bien dirigida (yoduro de potasio) ó solo por los esfuerzos de la naturaleza es reabsorbido en poco tiempo; en el segundo caso, nó, la inflamacion persiste, los síntomas disminuyen, pero no desaparecen, etc.; el padecimiento suele tener de vez en cuando exacerbaciones agudas, pero en este caso algo mantiene la inflamacion, hay algo que obra como cuerpo extraño y que sostiene los tejidos en constante flogósis: ¿cuál es ese cuerpo extraño? ó es el exudado inflamatorio que ha sufrido la regresion caseosa (tuberculósis caseosa de los modernos), ó bien son los tubérculos desarrollados en el epidídimo (tuberculósis clásica), bien sea que ellos hayan preexistido y la inflamacion blenorrágica no haya hecho más que apresurar su evolucion, ó bien sea que despues se hayan desarrollado, haciendo entónces la blenorragia oficio de causa determinante. No es este lugar propio para discutir sobre la unidad de la tuberculósis, y solo diré de paso, que actualmente la cuestion parece resuelta, y la gran mayoría de los autores, aun los partidarios de la dualidad, como Jaccoud, están de acuerdo en admitir la unidad; debemos pues tener como sospechosas las epididimitis blenorrágicas que se repiten con frecuencia en el mismo lado, ó que terminan por el paso al estado crónico, y sufren exacerbaciones de cuando en cuando. Vemos por lo dicho que la blenorragia puede dar lugar á una enfermedad aguda, la epididimitis ú orco-epididimitis, que puede terminar por resolucion, por induracion, ó bien pasar al estado crónico simplemente ó acompañado de tuberculizacion (caseosa ó nó).

Es algo comun que la inflamacion glandular determine una inflamacion de la serosa vaginal, acompañada casi siempre de ligero derrame; cuando el tratamiento es bien dirigi-

do, esta inflamacion concomitante desaparece, el derrame es reabsorbido, y todo vuelve al estado normal; pero si nó, el derrame persiste y constituye un hidrocele que necesita la intervencion quirúrgica para ser curado (puncion é inyeccion yodada).

En cuanto á las otras enfermedades que pueden tener alguna influencia sobre el desarrollo de las afecciones testiculares, tienen poca importancia, y solo diré que la escrofulósis, por ejemplo, es una de las causas predisponentes de la tuberculósis genital, como lo es de la pulmonar, sea que se considere ésta como una manifestacion grave de aquella diátesis, sea que se consideren como dos diátesis diferentes; que la orquitis blenorrágica pasa en los escrofulosos con frecuencia al estado crónico, pudiendo sufrir el exudado la trasformacion caseosa; que la viruela dá lugar frecuentemente á una vaginalitis más bien que á una verdadera orquitis, segun dice Béraud.

En cuanto á las operaciones quirúrgicas de las vías urinarias, pueden, segun dicen los autores, ser causa de inflamaciones testiculares; diré que he visto una orquitis blenorrágica motivada por el cateterismo de la uretra.

Respecto al valor que tienen para el diagnóstico de las enfermedades del testículo, las lesiones de los órganos cercanos como el hidrocele, la tuberculósis de la vesícula seminal, de la próstata, etc., como todas ellas se revelan por signos físicos, me parece más conveniente para evitar repeticiones, hacer su estudio al hablar de la exploracion física de la cual pronto me voy á ocupar.

II

SIGNOS ACTUALES

DE LAS

ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO.

Deben dividirse para su estudio en generales y locales. Entre los primeros tenemos la calentura, el enflaquecimiento, la caquexia, etc. La calentura la encontramos casi exclusivamente en los padecimientos agudos: en las orquitis, en la forma en que más se eleva la temperatura, es en la urleana, y va acompañada ó bien precedida de síntomas generales, de tal manera alarmantes, que fácilmente hacen creer en un tifo exantemático ó abdominal; basta estar prevenido para evitar el error; la orquitis traumática, la blenorrágica, etc., tambien se acompañan de calentura aunque ménos elevada. Entre las afecciones crónicas, la tuberculósis puede acompañarse de movimiento febril, pero es más bien determinado por la tuberculizacion pulmonar coexistente que por la genital; tiene más importancia para el pronóstico y el tratamiento (contraindica la operacion) que para el diagnóstico.

El enflaquecimiento lo observamos sobre todo en la tuberculósis, pero para que tenga algun valor para el diagnóstico, es necesario que no haya ninguna otra causa de agotamiento y que solo exista la afeccion testicular, que no haya una sífilis constitucional, una supuracion prolongada, etc.; en el caso del jóven Blancarte, que llevaba su testículo tuberculoso, una de las cosas que llamaba la atencion, era el enflaquecimiento que hacia en él tan rápidos progresos, que en el espacio de

ocho á quince dias, era notable la diminucion de volúmen de sus brazos y de sus muslos.

En cuanto á la caquexia, se le observa en el cáncer y en la tuberculósis; en este último caso producida casi siempre por la invasion del pulmon; en el primero por la generalizacion del cáncer: aparecen tumores semejantes en algunos otros órganos, viene el agotamiento, el color amarillo característico, etc.

En el segundo grupo, es decir, entre los signos locales, tenemos que estudiar los subjetivos y los objetivos ó físicos; entre los subjetivos solo me ocuparé del dolor.

Al estado normal, el testículo tiene una sensibilidad particular, *sui géneris*, que se manifiesta cuando se hace una compresion, aun ligera, de este órgano: esta sensacion es de tal manera característica, que puede servir perfectamente para encontrar el sitio preciso que ocupa la glándula cuando se duda sobre el lugar en que se encuentra, hecho que se aprovecha principalmente en caso de ectopia y de hidro-hematocele. La sensibilidad normal del testículo sufre diversas modificaciones, segun el estado patológico de que se encuentra afectado: puede disminuir y aun desaparecer, como pasa, sobre todo, en el cáncer, de tal manera que se puede comprimir la glándula alterada (generalmente es una sola) sin provocar el menor dolor. Algunas afecciones testiculares son indolentes, en el sentido de que no producen dolores espontáneos, pero se conserva la sensibilidad normal: tal pasa en el testículo sifilítico y en el epidídimo secundario; en el sarcocele gomoso hay dolores en el período de reblandecimiento, y son principalmente nocturnos; en la tuberculósis genital es variable segun el período en que se considere: nulo al principio, cuando solo se observa el endurecimiento regular del epidídimo, se despierta en el período de reblandecimiento, y aun entónces es moderado; es más notable en las exacerbaciones agudas de la epididimitis tuberculosa, sin llegar nunca á la intensidad de los dolores de la orquitis traumática y blenorrágica. En las afecciones agudas del testículo es en las que se observan los dolores más intensos; así pasa cuando el testículo sufre un aumento rápido de volúmen, pues la cáp-

sula fibrosa que lo encierra, impide al órgano tomar todo el volúmen que debiera, los nervios son comprimidos, y de allí esos dolores neurálgicos que se propagan al través del plexus espermático y renal, y que los enfermos refieren al trayecto del cordon y á la region lombar: pasa aquí una cosa semejante á lo que se observa en el ojo cuando aumenta la presion intra-ocular, en el glaucoma, por ejemplo: la membrana fibrosa (esclerótica) no se deja distender, y los nervios ciliares sufren una compresion que se traduce por neuralgías sumamente intensas; esto pasa en la orquitis traumática, en que el aumento de volúmen de la glándula es rápido y el aumento de tension tan considerable, que el órgano toma una consistencia que se ha comparado á la del márfil (bola de billar): en la orquitis blenorrágica el dolor es un poco ménos intenso, porque la afeccion ataca de preferencia el epidídimo que es más extensible que la glándula: sin embargo, hay una forma descrita por Gosselin y que llama neurálgica á causa de los dolores tan intensos que determina; la orquitis urleana se acompaña tambien de dolores que se irradian en la direccion del cordon, extendiéndose hasta la region lombar, pero son por lo comun poco intensos. Hay una enfermedad caracterizada exclusivamente por el dolor testicular: la neuralgía del testículo ó *irritabilis testis*, esencial, es muy rara, casi siempre es sintomática, acompaña con frecuencia el varicocele, y cuando así sucede, se le añade á esta enfermedad el epíteto de doloroso: el dolor es á veces tan intenso, que puede provocar un síncope. En los nueve casos de varicocele que he observado, dos eran acompañados de neuralgía testicular.

La vaginalitis, como todas las inflamaciones de las serosas, se acompaña de dolores pungitivos más ó ménos agudos.

El cáncer del testículo se acompaña casi siempre de dolores que pueden revestir diversos caractéres, generalmente son lancinantes ó pungitivos, algunas veces ardorosos, y vienen comunmente por accesos.

Signos físicos ú objetivos.—Estudiarémos sucesivamente los signos que nos da la inspeccion, la palpacion, la reductibilidad é irreductibilidad, la percucion, la traslucidez, el exámen del cordon y el tacto rectal.

Inspeccion.—Los datos que nos dá este método de exploracion son numerosos, y muchos de ellos se recogen con más exactitud por la palpacion, tal es por ejemplo, el aumento de volúmen del epidídimo y aun del testículo cuando no es muy notable, las varicosidades de las venas del cordon cuando no está muy avanzada la enfermedad, etc.

Estudiarémos entre los signos que dá la inspeccion: el cambio de coloracion, el aumento de volúmen de la region, la existencia de trayectos fistulosos y de fungosidades.

El cambio de coloracion es difícil apreciarlo cuando no es marcado, porque el escroto está muy cargado de pigmento. El enrojecimiento se nota en la crisipela del escroto, en el flegmon de las bolas: es de notarse que cuando el flegmon, como pasa frecuentemente, es debido á una infiltracion urinosa, la rubicundez es oscura, despues aparecen manchas negruzcas, verdaderas placas de gangrena: cuando la inflamacion ocupa el tejido celular, lo comun es que las dos bolsas estén afectadas, la piel está distendida, tensa, los pliegues del escroto borrados: cuando la flegmasía ocupa el testículo ó el epidídimo, la rubicundez de la piel es poco marcada y está generalmente limitada á un solo lado.

La piel está, por el contrario, pálida, en caso de edema de las bolsas, que por la laxitud del tejido celular en ésta region, toma casi siempre un desarrollo considerable, como tuve oportunidad de verlo en un enfermo de la sala de Clínica que llevaba una pleuresía purulenta y una gran aneurisma del cayado de la aorta; el edema es casi siempre bilateral, porque el tejido celular subcutáneo forma una cubierta comun á los dos testículos: el edema de las bolsas es por lo comun sintomático, puede venir por una pequeña infiltracion de orina, ó por irritacion hecha en la piel, por desaseo, frotamientos entre los muslos, etc.; es más comun aún que sea debido á una causa general (albuminuria, anemia, lesion cardíaca ó aórtica, cirrósis, etc.), y coincide casi siempre con infiltraciones de los miembros inferiores, con ascitis, etc.

El aumento de volúmen de las bolsas puede ser debido á muchas causas, y las enfermedades que dan lugar á este síntoma se pueden dividir en afecciones propias de la region, y

afecciones de las regiones cercanas, que invaden más ó ménos la region escrotal. En caso de osqueocele, el tumor que forma el órgano herniado, se ve manifiestamente prolongarse hasta el canal inguinal: cuando el abultamiento es debido á una afeccion de la region está limitado á ella. Las enfermedades que pueden producir el abultamiento manifiesto á la simple inspeccion tienen su sitio en la piel: el tejido celular, la túnica vaginal, los elementos del cordon, principalmente las venas, ó el testículo mismo.

Cuando el abultamiento es debido á padecimiento de la piel, en general, el diagnóstico no tiene dificultad, y la afeccion que da lugar al aumento de volúmen más considerable de la region, es sin duda la elefanciásis del escroto; el aspecto que tiene es de tal manera característico, que no me detendré en describirlo. Cuando el tejido celular es el que padece, el diagnóstico es un poco más difícil por la simple inspeccion: generalmente, las dos bolsas están afectadas, y ya he descrito lo que pasa cuando hay un flegmon ó un edema, que son los padecimientos más frecuentes de este tejido; en cuanto á algun tumor que pudiera desarrollarse en esta capa, el diagnóstico se haria más bien por la palpacion.

Los abultamientos debidos á lesiones de la túnica vaginal son producidos por derrames hechos en su cavidad; éstos son casi siempre unilaterales, su aspecto varía segun que el derrame está libre ó enquistado; en el último caso es rara vez marcado, generalmente es pequeño, y para encontrarlo es necesario recurrir á la palpacion: cuando se ve por la simple inspeccion, se nota un tumorcito limitado, regular, situado generalmente en el trayecto del cordon (hidrocele enquistado del cordon); si el derrame está libre, el aspecto es muy diferente; el abultamiento es más ó ménos considerable en relacion con la cantidad de líquido y las alteraciones que puede haber en la glándula (testículo sifilítico, etc.); se ve un tumor piriforme, cuya gran extremidad está situada hácia abajo, es regular; la piel, si el derrame es un poco abundante, está tensa, los pliegues del escroto borrados enteramente. El derrame puede ser sanguíneo (hematocele vaginal), ó seroso (hidrocele); pero este diagnóstico por la simple inspeccion es difí-

cil, y á veces imposible. Sin embargo, cuando el hematocele es traumático, se tiene el antecedente del traumatismo, y puede verse, á veces, equímosis en el escroto; por los otros procedimientos de exploracion (traslucidez) es casi siempre posible.

Entre los padecimientos del cordon, que pueden dar lugar al abultamiento de la region, tenemos la funiculitis, que es rara, casi siempre blenorrágica; la parte del escroto que cubre el cordon está abultada y enrojecida; esto, unido á los dolores y á la existencia de la blenorragia, hace fácil el diagnóstico: entre los crónicos debemos estudiar, sobre todo las varices de las venas del cordon (varicocele); para que sea apreciable á la inspeccion, es necesario que esté muy desarrollado, casi siempre es unilateral é izquierdo; cuando existe del lado derecho es, ó porque hay una inversion de vísceras (Vidal de Cassis), ó porque está muy avanzado del lado izquierdo; el varicocele, cuando es perceptible á la vista, se presenta bajo el aspecto de un tumor irregular, con abolladuras, situado arriba del testículo, en el trayecto escrotal del cordon: tiene esto de especial, que disminuye con el frio, y aumenta con el calor; así es, que cuando se tiene duda sobre la naturaleza de una enfermedad del cordon, basta colocar en la region lienzos calientes; si es varicocele, el tumor aumenta de volúmen, lo mismo sucede si el enfermo conserva la posicion de pié ó marcha por algun tiempo; algunas veces, cuando los enfermos son buenos observadores dan estos datos espontáneamente.

Entre las enfermedades de la glándula, que dan lugar á su aumento de volúmen, tenemos principalmente el testículo sifilítico, el sarcocele canceroso, el tuberculoso y otros tumores que suelen desarrollarse en ella, el encondroma, el sarcoma, etc.

El cáncer del testículo es, sin duda, la afeccion que más aumenta el volúmen de la glándula seminal, es casi siempre unilateral, miéntras que el sarcocele sifilítico y el tuberculoso son bilaterales: al principio, cuando es todavía intra-glandular, el tumor es uniforme, regular; despues de algun tiempo se empieza á notar que las venas del escroto están abulta-

das, y que acaban por ponerse varicosas; despues de un tiempo más ó ménos largo, el tumor se adhiere á la piel, ésta se ulcera y aparece el tumor al exterior, con su aspecto fungoso, dando el icor canceroso de olor característico, etc.

El testículo sifilítico es otra de las enfermedades que producen un abultamiento marcado; generalmente el aumento de volúmen ocupa las dos glándulas; por lo comun el órgano conserva su forma ovoide, regular, etc.; puede estar más ó ménos oculta por el hidrocele concomitante, que en esta afeccion es muy comun, es ménos frecuente en el testículo tuberculoso y una excepcion en el canceroso.

En cuanto al testículo tuberculoso, casi no aumenta el volúmen del órgano, ni mucho ménos de una manera tan notable que pudiera apreciarse á la simple inspeccion; sin embargo, cuando las masas tuberculosas se reblandecen, cuando provocan á su derredor una inflamacion eliminadora, la glándula aumenta de volúmen y se pone dolorosa; despues de algun tiempo, la piel se adhiere á los focos tuberculosos, que tienen su sitio principalmente en el epidídimo, se ulcera, los focos se vacian y se establecen así fístulas que son casi patognomónicas de la epididimitis tuberculosa; sin embargo, otras causas pueden dar lugar á fístulas escrotales, los estrechamientos de la uretra, por ejemplo; pero se pueden distinguir fácilmente: en casos de tuberculósis, las fístulas tienen su sitio en la parte posterior del escroto, ó hácia adelante si hay inversion del epidídimo: en general, donde se encuentra este órgano: el líquido que sale por el orificio fistuloso es purulento, mal ligado, de aspecto grumoso, nunca sale orina; en caso de fístula uretral, el lugar que ocupa es variable; generalmente las partes declives, el líquido que sale es pus mezclado con orina: en el momento de la miccion es casi exclusivamente orina; además, existe un estrechamiento uretral que no deja duda sobre la naturaleza de la fístula.

Fungosidades.—El desarrollo de fungosidades en el testículo, puede ser debido á enfermedades muy variadas y de muy distinta naturaleza: su aparicion es relativamente rara, y yo hasta hoy no he visto ni un solo caso. Con el nombre de fungus benigno del testículo, se han confundido afecciones

muy diversas, que pueden referirse, segun Hennequin, á tres: orquitis crónica, tuberculósis, sífilis; puede presentar un aspecto muy parecido la orquitis úlcero-gangrenosa descrita por Gosselin. El aspecto fungoso puede ser debido á un cáncer del testículo, éste seria el fungus maligno; veamos cómo se puede distinguir del benigno: las fungosidades del cáncer son exuberantes, sangran con facilidad, la porcion del tumor que queda bajo el escroto es siempre grande, y no en relacion con la porcion fungosa; el líquido que escurre tiene el aspecto y el olor característico del icor canceroso; en el fungus benigno la porcion del testículo que queda bajo el escroto, es tanto más pequeña, cuanto más grande es la porcion fungosa (Richard); no hay icor canceroso, en algunos casos se pueden ver los tubos seminíferos intactos, etc. El fungus benigno es debido á causas diversas, y segun Hennequin, las lesiones que se comprenden con este nombre son tres: "el tumor granuloso ó granuloma, formado por una aglomeracion de yemas carnosas desarrolladas sobre la cubierta fibro-serosa de la glándula seminal enferma; la hernia del testículo (comprendida la albugínea) al través de una perforacion del escroto (fungus benigno superficial de Jarjavay) y la hernia de los tubos seminíferos (fungus benigno parenquimatoso de Jarjavay) al través de la albuginia y las túnicas escrotales." Estas diferentes lesiones pueden ser ellas mismas debidas á causas diferentes: las heridas del testículo, la sífilis, la tuberculósis, la orquitis crónica (Hennequin), la orquitis flegmonosa difusa (Tillaux); segun Gosselin, la orquitis úlcero-gangrenosa daria un aspecto semejante al fungus, del cual se distinguiria por estos tres caractéres, que pertenecen á esta última afeccion: "la abertura es más ancha y dá salida á la totalidad, no á una parte solamente de la sustancia seminífera, ésta se encuentra mezclada con materia plástica y no hay gangrena." En cuanto al diagnóstico de cada variedad de fungus, los antecedentes (traumatismo, sífilis, etc.), la marcha de la enfermedad y los síntomas concomitantes, son elementos suficientes, la mayor parte de las veces, para resolver la cuestion.

Palpacion.—Para emplear este método de exploracion se

coloca al enfermo en el decúbito dorsal, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre la pélvis, y colocados en la abduccion: una vez hecho esto, se va en busca del testículo; tomándolo entre los dedos se puede apreciar su volúmen que puede estar mayor ó menor que al estado normal; su forma, el estado de su superficie que puede ser regular ó presentar desigualdades, abolladuras, etc.; su consistencia, que puede estar aumentada al grado de simular el marfil (bola de billar) ó disminuida al grado de presentar la fluctuacion. Si no se puede encontrar directamente la glándula, como suele suceder algunas veces, el cordon puede servir de guía; una vez que se ha encontrado el teste, por la palpacion se puede decidir si la afeccion de que se trata está localizada en ella misma ó es independiente: en este último caso se procurará determinar si está en el epidídimo, en el cordon, en la túnica vaginal ó en otra de las cubiertas del testículo, ó por último, en el tejido celular que llena el lóculo perineal que se extiende hasta las bolsas, y en este caso ver si está ó nó en relacion con la uretra: á propósito de esto, recuerdo un enfermo que vimos en la Clínica el año pasado: presentaba un tumorcito cuya naturaleza no habiamos podido determinar: era alargado y duro, tenia como cuatro centímetros de largo y seis milímetros de ancho en su parte média, pues era más ancho en la base (adherente) que en la porcion libre: se palpaba perfectamente al través de las diversas túnicas del escroto: estaba colocado á un lado del cordon (hácia adentro), su extremidad libre se sentia cerca del epidídimo: el enfermo tenia blenorragia: el testículo y el epidídimo estaban intactos: esta es en compendio la historia del enfermo. ¿Cuál era la naturaleza del tumor, y cuál su sitio? Muy distintas fueron las opiniones que sobre esto se dieron, y me parece inútil referirlas: el Dr. Montes de Oca nos hizo ver que siguiendo con cuidado el tumorcito, se podia notar que estaba adherido á la pared externa de la uretra: que tenia su sitio en el tejido celular que rodea este canal, y nos demostró que aquello no era sino una especie de tumor urinoso, cuya patogenia nos explicó de la manera siguiente: la inflamacion de la uretra se propagó á una de las glándulas

que tan numerosas son en esta mucosa, esta inflamacion terminó por supuracion, el foquito se abrió en la uretra, y en su lugar quedó una pequeña cavidad á la cual podia penetrar la orina, que como sustancia irritante, y obrando como cuerpo extraño, mantenia la inflamacion que iba propagándose poco á poco al tejido cercano, y así fué creciendo hasta dar lugar al tumorcito, que en aquella vez vimos: diré, además, que este tumor desapareció completamente, despues de haber desaparecido la blenorragia, bajo la influencia del yoduro de potasio administrado al interior; poco tiempo despues se presentó un caso análogo en la primera sala de Sífilis, la inflamacion fué más aguda y el tumor se supuró abriéndose al exterior. He insistido algo sobre esto, porque siendo poco conocida la naturaleza de estos tumorcitos, es fácil cometer un error y creer que se trata de afecciones del cordon, del epidídimo ó áun del testículo, como sucedió con el primer enfermo de que hablé y que vimos en la Clínica.

Una vez encontrado el testículo, por la palpacion se puede saber si está alterado ó nó; si se encuentra con el tamaño normal, con la forma y consistencia fisiológicas, debe buscarse en otra parte el sitio de la afeccion, se palpa entónces el epidídimo, el cordon, &c. El sitio de la lesion es en general un buen guía para el diagnóstico, pues se sabe que las enfermedades tienen sus lugares de predileccion para desarrollarse; así vemos, por ejemplo, que los tubérculos aparecen casi siempre en la cabeza del epidídimo y generalmente empiezan por el izquierdo; que el cáncer ataca sobre todo la glándula misma, que la orquitis blenorrágica es más bien una epididimitis que afecta de preferencia la cola, que la traumática ataca más comunmente la glándula, que por su volúmen y situacion está más sujeta á los agentes exteriores; que la orquitis urleana parece ocupar todos los tejidos de la region: el escroto, el tejido celular, el cordon, el testículo, la túnica vaginal, y solo parece escaparse el epidídimo de esta infiltracion (pues segun algunos autores no es una verdadera inflamacion), algunas veces la próstata participa tambien del proceso patológico, como verémos más adelante; la sífilis en el período secundario afecta de preferencia el epidídimo, miéntras que en el ter-

ciario aparece el sarcocele escloroso ó el gomoso que ataca el testículo; los quistes se desarrollan comunmente en el epidídimo (infra-epididimarios ó grandes de Gosselin), ó ya encima de él (supra-epididimarios ó chicos de Gosselin), miéntras que los encondromas, sarcomas, &c., ocupan más bien la glándula misma.

Una vez determinado el sitio de la afeccion, vamos á estudiar los diferentes signos que nos da la palpacion: verémos desde luego las modificaciones de volúmen que sufre el testículo y el epidídimo en los diferentes estados patológicos que pueden afectarlos. El aumento de volúmen lo hemos estudiado ya al hablar de la inspeccion; este dato se puede apreciar mucho mejor por la palpacion. En cuanto á la diminucion de volúmen la encontramos en varios estados patológicos del testículo, pero puede tambien reconocer una causa extrínseca: un obstáculo á la circulacion puede traer la atrofia testicular: Wardrop refiere el caso de un individuo que tenia una atrofia doble y que murió de una aneurisma de la aorta que obliteraba las arterias espermáticas en su orígen; la ligadura de este vaso produce el mismo resultado; por un mecanismo semejante creo que se pudiera explicar la coincidencia de la hernia inguinal y la atrofia testicular del mismo lado: este hecho no lo he visto señalado por los autores; yo he observado tres casos, en uno de ellos la glándula estaba reducida al tamaño de un frijol, en los otros dos la atrofia no era tan avanzada: debo advertir que en estos dos casos la hernia era ménos antigua que en el primero; yo me explico esta coincidencia por la compresion que el órgano herniado hace sufrir al cordon en su paso por el canal inguinal; compresion que impide la llegada de la sangre al testículo, y de allí su atrofia. El varicocele produce con frecuencia la atrofia testicular, lo que se explica por la dificultad que experimenta la circulacion al nivel de las venas varicosas. El hidrocele y el hematocele antiguos, por la compresion que ejercen sobre la glándula, pueden, segun Curling, traer la atrofia del testículo. Pero la atrofia por causa intrínseca (en el testículo mismo) es mucho más comun; se observa principalmente en el período terminal de algunas enfermedades de la glándula: así, la vemos

en el último período de la tuberculósis; en la orquitis esclerosa, ya sea simple, que es rara, ya sifilítica que es comun; en el sarcocele gomoso despues de la eliminacion del sifiloma, despues del fungus benigno, ya que dependa de una hernia testicular ó seminífera, ya de una orquitis flegmonosa difusa (Tillaux), y en este caso es más bien la desaparicion completa de la glándula, ya de una goma sifilítica (Rollet), &c. El diagnóstico se establecerá más bien por los antecedentes del enfermo que por el estado actual de la enfermedad; sin embargo, el hecho de no haber cicatrices, por ejemplo, hace desde luego eliminar un grupo de enfermedades en que se presenta la supuracion: la tuberculosis, la orquitis flegmonosa, &c. No debe olvidarse nunca, en caso de atrofia testicular, investigar si ha habido una orquitis urleana, porque esta enfermedad trae á la larga, segun dicen los autores, una atrofia testicular bastante marcada: Laveran dice que ha podido comprobar este hecho en varias epidemias de orejones observadas por él en el ejército francés.

Los cambios de consistencia tienen mucho valor para el diagnóstico; al estado normal el testículo tiene una consistencia firme, algo elástica y uniforme, es decir, igual por todas partes; este último carácter es, sobre todo, importante y muchas veces su ausencia hace, inmediatamente, suponer un estado patológico; la consistencia del testículo aumenta en cierto número de enfermedades tanto agudas como crónicas; entre las primeras tenemos las diferentes variedades de orquitis, que miéntras más agudas son, mayor es el aumento que producen en la consistencia de la glándula enferma, al grado que en la orquitis traumática que en pocas horas hace crecer el volúmen del testículo, el aumento de consistencia es tan notable que se ha comparado la sensacion que se tiene á la palpacion, á la que da una bola de marfil; en las orquitis subagudas el aumento de consistencia es ménos notable, y en la orquitis urleana es más bien una sensacion de empastamiento acompañado de cierta flaxidez de los tejidos, que un verdadero aumento de consistencia.

Entre las crónicas tenemos principalmente la tuberculósis, el testículo sifilítico (escleroso y primer período del gomoso),

la orquitis crónica simple y algunos tumores sólidos, como el encondroma, el fibroma, el esquirro, &c. Vamos á ver ahora los caractéres que tiene el aumento de consistencia en cada una de estas afecciones para poderlas distinguir. En la tuberculósis el cambio de consistencia se hace, desde luego, en el epidídimo y consecutivamente en el testículo; el aumento de consistencia es al principio uniforme, el epidídimo se siente abultado y duro, de una manera marcada en la cabeza, la cola permanece intacta por algun tiempo; en el testículo se suele sentir uno que otro núcleo de induracion; generalmente la afeccion empieza por el lado izquierdo, pero despues de algun tiempo se hace, casi siempre, bilateral; en caso de epididimitis blenorrágica el endurecimiento es mucho más marcado en la cola que en la cabeza (cuando ésta se encuentra afectada), la afeccion es unilateral, y el testículo casi siempre está sano; si acaso estuviere atacado, la lesion no estaria limitada á núcleos, el endurecimiento seria general; á medida que avanza la afeccion tuberculosa, el endurecimiento se hace más apreciable y el epidídimo toma el aspecto moniliforme; en esta época de la enfermedad, el cordon casi siempre participa del mismo estado morboso, y se pueden sentir en su trayecto núcleos duros que nos indican las masas tuberculosas.

Las manifestaciones de la sífilis constitucional en el aparato seminal son muy variadas: Fournier estudia tres especies: el epidídimo secundario, el sarcocele escleroso y el gomoso; en cada caso los signos que nos da la palpacion son diferentes y de tal manera importantes, que algunas veces bastan por sí solos para hacer el diagnóstico. En caso de epidídimo secundario encontramos un núcleo duro, en uno ó en los dos órganos, pues tan frecuente es una cosa como otra; casi siempre tiene su sitio en la cabeza y es perfectamente circunscrito, pues segun Fournier, los casos en que está todo el epidídimo infiltrado, son sumamente raros: él dice no haber visto ninguno: el volúmen de esta nudosidad es como el de un chícharo, á lo más como una pequeña avellana: algunas veces es pisiforme; pero en general la cabeza conserva su forma y solo parece aumentada; la consistencia es bastante notable, y esto constituye uno de sus principales caractéres, su limi-

tacion al epidídimo no es ménos importante, es enteramente excepcional que el testículo se encuentre afectado, los demás anexos á la glándula están casi siempre sanos; se ve, pues, cuán diferentes son los caractéres que presenta esta enfermedad de los de la tuberculósis epididimaria, que es con la que más pudiera confundirse; agreguemos que es enteramente indolente á la presion, miéntras que los núcleos tuberculosos son algunas veces dolorosos; la primera afeccion es completamente aflegmásica, miéntras que en la segunda los tubérculos provocan siempre á su derredor flegmasías más ó ménos intensas.

En el sarcocele escleroso el testículo es afectado de preferencia, al grado que Ricord consideraba como enteramente excepcionales, los casos en que el epidídimo participaba de la afeccion; segun Fournier no seria tan raro este hecho: en 39 casos, 28 el testículo solo, 11 los dos órganos estaban atacados; la afeccion es en la gran mayoría de las veces bilateral y en esto casi todos están de acuerdo: yo por mi parte, en los pocos casos que he visto, la lesion ha sido bilateral; el testículo conserva su forma; ya hemos dicho que su volúmen crece: en cuanto á la consistencia, está siempre aumentada, unas veces por lugares solamente, otras, el aumento es general; pero para apreciar bien los cambios de consistencia y estudiar mejor sus caractéres, es necesario hacer lo que aconseja Fournier: se toma el testículo y se inmoviliza con el pul gar y el índice, y con el dedo de la otra mano se recorre cuidadosamente su superficie: entónces se percibe, ó durezas planas sin relieve, ó núcleos duros algo salientes; si sucede lo primero, se nota que la superficie del testículo se conserva perfectamente regular, no hay saliente ninguna, solo se observa un endurecimiento en placas de distribucion irregular y dimensiones variables, á veces circulares ú ovalares, mas rara vez bajo formas de fajas ó zonas; en el segundo caso el endurecimiento es acompañado de saliente, se tiene la sensacion de irregularidades pisiformes, salientes que constituyen verdaderas jibosidades; éstas no son muy aparentes por su volúmen, pero son muy notables por su dureza excesiva; Fournier las compara á cabezas de alfiler ó municiones incorpora-

das en la sustancia testicular: en un período más avanzado, dice que el órgano "parece literalmente sembrado de municiones ó lleno de pequeñas avellanas;" estos datos que nos da la palpacion son tan importantes, que Fournier los considera como patognomónicos del sarcocele escleroso. El epidídimo y los anexos del testículo se encuentran en general sanos; pero ya hemos dicho que no es tan raro como lo creía Ricord, que el epidídimo sufra en esta afeccion: cuando esto sucede, el tumor ocupa una porcion limitada del órgano, generalmente la cabeza, y presenta los mismos caractéres que el tumor testicular.

En cuanto al sarcocele gomoso, ha sido hasta ahora poco estudiado: se describen dos formas, la circunscrita y la difusa; una de las principales dificultades para el diagnóstico, es que generalmente complica al sarcocele escleroso y que se encuentra rara vez aislada; cuando se abandona á sí mismo, termina por reblandecerse y entónces se puede sentir la fluctuacion, se abre al exterior, bien formando fístulas ó bien dando lugar á una variedad de fungus benigno, que como lo ha demostrado Rollet no es "sino una fase lejana de la orquitis sifilítica."

En el cáncer aumenta tambien la consistencia de la glándula seminal: harémos desde luego notar que esta afeccion empieza siempre por el testículo, nunca por el epidídimo: al principio la glándula aumenta de volúmen y de consistencia de una manera uniforme; más tarde, pero ya en un período muy avanzado, se sienten desigualdades y abolladuras; si la forma del cáncer es el esquirro (lo que es raro), la dureza que adquiere el órgano es excesiva, miéntras que si es el encefaloide, dá más bien una sensacion elástica y casi fluctuante.

La diminucion de consistencia del testículo se presenta en el período de reblandecimiento del cáncer, de los tubérculos y de las gomas sifilíticas, para convertirse despues en verdadera fluctuacion. La fluctuacion se observa en afecciones de la glándula seminal y en afecciones de sus cubiertas; entre éstas se encuentran sobre todo los abscesos del escroto que son fáciles de reconocer: generalmente son precedidos de acciden-

tes inflamatorios (flegmon de las bolsas, erisipela flegmonosa, etc.): por la palpacion se puede determinar claramente que el testículo no participa de la enfermedad, y que se puede aislar perfectamente de sus cubiertas; la túnica vaginal cuando contiene líquido, da lugar al fenómeno de la fluctuacion, se observa con toda claridad en el hidrocele, y muchas veces este solo dato basta para hacer el diagnóstico; sin embargo, nunca debe uno conformarse con este solo signo y debe siempre buscarse la traslucidez: hace poco tiempo que el Dr. Ortega (Don Francisco), me contaba un caso en que prácticos competentes, guiados solamente por la fluctuacion que habian sentido con toda claridad, diagnosticaron hidrocele: se hizo la puncion y no salió una gota de líquido.

Para buscar la fluctuacion en caso de derrame vaginal es conveniente tomar con la mano izquierda entre el pulgar y el índice la bolsa del lado enfermo al nivel de su raíz, y comprimir de manera de poner tensas las cubiertas del testículo: entónces con el índice de la derecha se comprime perpendicularmente y se siente con claridad la fluctuacion: algunas veces, cuando el derrame no es demasiado abundante se puede hundir el dedo hasta chocar contra el testículo, y obtener una especie de chapaleo, como sucede en el vientre en caso de ascitis y tumor hepático.

La fluctuacion se observa tambien en algunas enfermedades de la glándula misma: tales son los abscesos consecutivos á orquitis (raros), la tuberculosis en el período de reblandecimiento: los tubérculos se funden, el tejido que los rodea entra en supuracion y se forma un foco que da lugar á la fluctuacion: generalmente las cubiertas están adheridas á ese nivel; despues de un tiempo más ó ménos largo, se perforan para dar salida á la supuracion, y queda entónces constituida una fístula; esto pasa principalmente en la region que corresponde al epidídimo y primero del lado izquierdo, porque, como ya hemos dicho, es donde primero aparecen los tubérculos; en el cáncer tambien puede observarse la fluctuacion, principalmente en el encefaloide; pero no es una fluctuacion tan clara como en caso de coleccion purulenta ó de hidrocele; cuando existe un cáncer al lado de porciones fluctuantes,

hay lugares endurecidos, y este contraste es casi exclusivo de los tumores malignos. La fluctuacion la encontramos tambien en el hidrocele enquistado, en los quistes del epidídimo ó del testículo; pero entónces el tumorcito está perfectamente limitado, libre de toda adherencia á las partes cercanas; el sitio que ocupa, la marcha de la enfermedad, etc., son diferentes en cada caso, lo que permite evitar la confusion.

Reductibilidad.—Algunos de los tumores que tienen su sitio bajo las bolsas, tienen la particularidad de desaparecer temporalmente bajo la influencia de la presion, introduciéndose en el vientre: á esto se ha llamado reductibilidad; pero entre los que tienen este carácter, que son en reducido número, no lo hacen todos de la misma manera, ni reaparecen del mismo modo; estas diversas particularidades son para el clínico de muchísima utilidad para el diagnóstico. Los tumores reductibles son: las hernias (epiplocele y enterocele), el hidrocele congénito y el varicocele. En el primer caso, el tumor se reduce poco á poco, y al fin con rapidez; si es hernia intestinal, se siente zurrido en el momento de la reduccion: si es epiploica, al pasar bajo los dedos se siente como si fuera un lipoma ligeramente endurecido, es decir, desigualdades arredondas en forma de olivas: en caso de hidrocele congénito, el tumor se reduce con la mayor facilidad, como si se vaciara una bolsa; en caso de varicocele no se nota ninguna de estas particularidades.

La manera de reproducirse el tumor es tambien especial en cada una de estas afecciones: si despues de haber hecho la reduccion, se tapa perfectamente con el dedo el anillo cutáneo ó superficial del canal inguinal, procurando comprimir los tejidos contra el púbis, puede suceder que el tumor se reproduzca: en este caso se puede asegurar que es un varicocele, porque sabemos que el tumor está formado por las venas, y todo lo que tiende á dificultar la circulacion venosa, tiende á aumentar el volúmen del tumor: así sucede con la estacion de pié prolongada, con la marcha continuada, con el calor, etc.; ahora, si colocamos el dedo al nivel del anillo inguinal y comprimimos (suavemente para no suspender la circulacion arterial), no hacemos otra cosa que interrumpir

la circulacion de las venas del cordon, y por tanto favorecer la replesion de las venas varicosas, es decir, la reproduccion del tumor: ninguna de las otras dos enfermedades se reproducen en estas circunstancias. La hernia y el hidrocele congénito se reproducen poniendo al enfermo de pié ó de rodillas: si esto no basta, se le hace ejecutar un esfuerzo, entónces el tumor aparece; si es una hernia, el abultamiento empieza á notarse por arriba (la raiz de las bolsas), y desciende poco á poco; si es un hidrocele, el abultamiento empieza por abajo y nunca toma el volúmen tan considerable que á veces tiene el osqueocele; además, si despues de haber reducido el tumor se pone al enfermo de pié y se comprime muy ligeramente el anillo inguinal, si es hidrocele, se reproduce insensiblemente, de modo que el observador tiene la seguridad de que no ha pasado ni el intestino ni el epiplon.

Hay un tumor reductible incompletamente: el hidrocele difuso del cordon, afeccion rara y fácil de distinguir de la hernia epiploica con la cual se le pudiera confundir.

Percusion.—Este método de exploracion es poco usado en el diagnóstico de las enfermedades de que me ocupo; sin embargo, hay casos en que es útil recurrir á él y por eso vamos á dedicarle algunas palabras. El sonido que se obtiene percutiendo la region de las bolsas es claro ó aun timpánico en dos circunstancias: cuando bajo las cubiertas del cordon se encuentra una asa intestinal conteniendo gases (enterocele), ó bien cuando el tejido celular de la region contiene gases, que estos vengan de otras regiones como sucede en caso de enfisema generalizado (heridas penetrantes de pecho), ó que se hayan desarrollado en la misma region en caso de flegmon difuso, gangrenoso, como sucede tan frecuentemente á consecuencia de infiltraciones urinosas abundantes; el diagnóstico diferencial entre estos dos estados es tan obvio, que no me ocuparé de él.

La percusion es sobre todo útil cuando hay una asa intestinal llena de gases, que dando lugar al fenómeno de la traslucidez, pudiera hacer creer en un hidrocele: para evitar el error se recurre á la percusion: el sonido estará oscuro si es un hidrocele, claro, si es una asa intestinal.

Traslucidez.—Este fenómeno es en general fácil de encontrar, principalmente cuando el escroto no es muy pigmentado, cuando las cubiertas del testículo están adelgazadas y tensas, como sucede en caso de derrame abundante en la túnica vaginal ó de quiste voluminoso; pero si el tumor es pequeño, si la túnica vaginal está engruesada por falsas membranas, si el resto de las cubiertas está alterado, la traslucidez es difícil de percibir. De la manera como se hace la exploracion, depende en parte que se encuentre ó no la traslucidez en los casos en que existe. Se lleva al enfermo á un cuarto oscuro, se toma el tumor con la mano izquierda de manera de pediculizarlo; abrazando el pedículo entre el pulgar y el índice, que estarán dirigidos hácia arriba, el tumor queda enteramente libre, debe procurarse comprimir lo suficiente para que las cubiertas del testículo queden bien tensas, porque así se adelgazan y se facilita mucho la exploracion; una vez hecho esto, se coloca el borde cubital de la mano derecha sobre el tumor; un ayudante acerca una luz del lado opuesto á aquel en que se encuentre el observador; entónces se puede apreciar con toda claridad, si es que existe, el fenómeno que se ha llamado trasparencia, ó mejor traslucidez. Por este modo de exploracion se puede tambien determinar la situacion del testículo: se ve una parte opaca en el lugar que ocupa: en caso de hidrocele es generalmente la parte posterior del tumor; cuando hay una inversion del epidídimo se encuentra hácia adelante, hecho que tiene importancia cuando se trata de hacer la puncion de la túnica vaginal, pues aunque el piquete del testículo no tiene inconvenientes serios, es mejor evitarlo. Cuando el derrame es sumamente abundante y la túnica vaginal está demasiado tensa, la situacion del testículo no puede determinarse de otro modo que por la traslucidez. Cuando se dificulta encontrar este fenómeno y se sospecha sin embargo su existencia, Curling aconseja emplear el estetoscopio comun, colocando una de sus extremidades sobre la parte del tumor opuesto á la luz, en tanto que en la otra aplica el observador uno de sus ojos.

La traslucidez se ha considerado como un síntoma casi patognomónico del hidrocele; pero se le encuentra tambien

en el encondroma y en el cáncer coloide del testículo, en los quistes infra–epididimarios ó supra–testiculares (grandes de Gosselin); los sacos herniarios deshabitados pueden ser el sitio de derrames serosos que dando lugar al fenómeno de la traslucidez, pudieran confundirse con el hidrocele; una asa intestinal herniada y conteniendo solo gases puede dar lugar al mismo fenómeno.

Cuando el hidrocele vaginal no es muy antiguo, cuando la serosa no está muy alterada, cuando el derrame es abundante de tal manera que rodea por completo el testículo, no deja duda sobre su existencia; buscando la traslucidez se ve una parte oscura (el testículo) rodeada de una zona que deja pasar la luz (el líquido seroso); la primera está situada, cuando no hay inversion, en la parte posterior é inferior del tumor. Cuando se trata de un encondroma ó de un cáncer coloide que son afecciones de la glándula misma, se ve que la traslucidez es unas veces central, rodeada de partes opacas, otras tiene su sitio en un punto de la circunferencia; pero nunca rodea al testículo, pues estos tumores se desarrollan, como ya dijimos, en este órgano mismo. En caso de quiste sub–epididimario las dificultades para el diagnóstico varian segun su desarrollo: si no es muy grande, solo desaloja el epidídimo lateralmente y se coloca á un lado del testículo: el tumor traslúcido se ve, pues, independiente de este órgano que se encuentra situado abajo y adelante; si el quiste está muy desarrollado y rodea completamente la glándula, el diagnóstico es casi siempre imposible; y segun Labbé, no se puede hacer ni por la puncion, pues por una parte el líquido del quiste puede no contener espermatozoides, y por otra, el del hidrocele puede contenerlos, cuando se pica el testículo como sucede algunas veces.

El hidrocele del cordon, tanto el difuso como el enquistado, no puede confundirse con el vaginal: su sitio los separa claramente.

El hidrocele de los sacos herniarios tampoco puede confundirse con el de la túnica vaginal, porque el primero queda casi siempre encima del testículo, que se encuentra distante del tumor traslúcido; cuando el saco contiene un órgano her-

niado (hidrocele falso del saco) el diagnóstico no presenta dificultad, porque el tumor es generalmente reductible ó presenta los demás caractéres de las hernias; cuando el saco está deshabitado, pueden presentarse dos casos: si el derrame comunica con el peritonéo, Duplay le llama pseudo-quiste sacular, si no comunica quiste sacular; pero siempre se encuentra el anecdente de haber existido una hernia: si el tumor es reductible, no puede confundirse mas que con el hidrocele congénito; pero entónces los antecedentes, la situacion del testículo, la edad del enfermo, la época de la aparicion de la enfermedad, etc., facilitan el diagnóstico.

En cuanto á los órganos herniados que pueden dar lugar á la traslucidez, tenemos, las asas intestinales conteniendo solo gases, y el epiplon, pero es fácil distinguirlos: la traslucidez del intestino vacío es mucho mayor que la del epiplon, y por otra parte, el intestino da un sonido claro á la percusion, miéntras que todos lo demás tumores de la region lo dan oscuro; el epiplon se puede conocer por la sensacion particular que da á la palpacion, y que se puede comparar, como lo hace el Dr. Montes de Oca para el lipoma, con pequeñas olivas que se tuvieran bajo los dedos.

Vamos á ver ahora qué importancia tiene el hidrocele para el diagnóstico de las afecciones del testículo: acompaña á veces á las orquitis agudas, principalmente la blenorrágica y la de los orejones; entre las enfermedades crónicas, tenemos en primer lugar el sarcocele sifilítico, en el cual las lesiones empiezan generalmente por la albuginia, lo que explica la facilidad con que la serosa participa de las alteraciones de la glándula y aumenta su secrecion: de los tres casos que he observado de esta enfermedad, dos han sido acompañados de hidrocele. El sarcocele tuberculoso suele tambien acompañarse de derrame en la túnica vaginal, pero en este caso lo más comun es que el hidrocele no sea libre, sino que esté enquistado por falsas membranas, de manera de formar lóculos independientes unos de otros; es raro que el derrame esté libre; sin embargo, he observado un caso de este género en un viejo de 72 años en quien la enfermedad tuvo una marcha sumamente lenta; dos meses ántes de su muerte le apareció un hidrocele libre bas-

tante abundante en el lado izquierdo, lado en el cual la afeccion estaba más avanzada; en el derecho habia tambien derrame pero ménos abundante; el enfermo murió algun tiempo despues con los síntomas de una meningitis tuberculosa, lo cual apoyaba el diagnóstico que se habia hecho de su afeccion testicular; la autopsía vino á confirmar los diagnósticos hechos durante la vida: se encontraron tubérculos en gran cantidad en las meninges y en las glándulas seminales y muy pocos en los pulmones. De los 9 casos que he observado de sarcocele tuberculoso, solo 2 han sido acompañados de hidrocele: en uno estaba enquistado, en el otro libre.

El cáncer, principalmente el encefaloide (que es el más comun), suele acompañarse de hidrocele vaginal, pero es tan pequeña la cantidad de líquido que no da lugar á confusion.

Exámen del cordon.—El exámen del cordon hecho por la palpacion nos da á conocer, no solo las afecciones que le son propias, sino tambien algunos datos que son muy útiles para el diagnóstico de las enfermedades del testículo.

Las venas pueden estar más ó ménos dilatadas y sinuosas constituyendo el varicocele que da á la palpacion la sensacion de *instestinos de pollo;* la semejanza es á veces tal, que un enfermo que vimos en la Clínica, hacia él mismo la comparacion diciendo que tenia *tripitas;* no puede, pues, confundirse con ninguna otra afeccion. El varicocele es comun que exista solo, ya hemos visto su frecuencia en los masturbadores; pero tambien se presenta como síntoma de algunas enfermedades del testículo: se encuentra principalmente en caso de cáncer encefaloide, se acompaña entónces de varicosidades de las venas del escroto y el varicocele es poco desarrollado; esta afeccion es una causa comun de la atrofia testicular; se le ha considerado tambien como una causa predisponente de la orquitis blenorrágica.

Las alteraciones del canal deferente, pueden tambien sernos útiles para el diagnóstico. Al estado normal es duro, perfectamente cilíndrico, liso, y rueda bajo la presion de los dedos. Lo encontramos abultado y doloroso en la funiculitis aguda que acompaña frecuentemente las diversas formas de orquitis, que vienen por propagacion de la inflamacion de la mucosa

uretral; tales son la blenorrágica, la de los masturbadores, la que sigue á las operaciones quirúrgicas de las vías urinarias, etc.: en la orquitis de los orejones es tambien comun encontrar el cordon abultado.

Cuando existe una inflamacion crónica simple del canal, aumenta su diámetro y su consistencia, pero se conserva liso y uniforme.

Es comun que las manifestaciones de las sífilis en el aparato seminal queden limitadas al testículo y al epidídimo, pero á veces sucede, como lo han observado Hélot y Fournier, que el canal deferente participa de la afeccion: duplica ó triplica su volúmen, se pone excesivamente duro, pero conserva su forma cilíndrica perfectamente regular; la sensacion que da á la palpacion se ha comparado á una *baqueta de fusil.*

El exámen del cordon tiene mucha importancia cuando se sospecha el sarcocele tuberculoso, porque es muy frecuente, en esta afeccion, encontrar alterado el canal deferente: por la palpacion se pueden reconocer núcleos duros en su trayecto escrotal, separados por porciones sanas, el canal es moniliforme; este dato, cuando existe, tiene gran valor para el diagnóstico, pero cuando falta, no excluye la existencia de tubérculos en el epidídimo, ni en el testículo, pues principalmente cuando se desarrollan de una manera primitiva en la glándula, la afeccion tarda algun tiempo en propagarse á los órganos cercanos (epidídimo, canal deferente, vesícula, etc.)

El cordon se encuentra rara vez alterado en caso de cáncer testicular; hemos dicho que las venas suelen encontrarse dilatadas y varicosas; lo mismo sucede á veces con las arterias, y la espermática se ha encontrado, en algunos casos de encefaloide, del volúmen de la radial (Curling): el cordon en su totalidad se pone grueso, duro, irregular y jiboso, ó se le encuentra adherido al púbis; algunas veces el endurecimiento se puede seguir en su trayecto por el canal inguinal y llegar así al abdómen donde se pueden sentir tumores de la misma naturaleza (ganglios lombares ó mesentéricos alterados). Pero ya lo hemos dicho, estas alteraciones son raras ó se encuentran solo en un período avanzado de la enfermedad.

Tacto rectal.—Este modo de exploracion, aunque moles-

to para el enfermo, es muy útil para el diagnóstico de las afecciones del testículo, y no debe dejarse de recurrir á él cuando se trata de distinguir el sarcocele tuberculoso, del sifilítico ó del canceroso.

Introduciendo el índice, préviamente engrasado, en el recto, se puede desde luego tocar la próstata, cuyo volúmen varia con la edad; más allá las vesículas seminales, situadas á uno y otro lado de la línea média; podemos así darnos cuenta de las alteraciones que hayan podido sufrir estos órganos, las desigualdades que pueden presentar, su aumento de consistencia ó de volúmen, su sensibilidad, etc.; debemos recordar que en los viejos la hipertrofia de la próstata es casi constante, que por tanto, á esta edad, el aumento de volúmen de esta glándula pierde su importancia para el diagnóstico de la tuberculósis testicular.

Las vesículas seminales se encuentran abultadas y dolorosas á la presion en algunos casos de epididimitis blenorrágica, la próstata puede estar abultada, segun Gosselin, en la orquitis de los orejones. En caso de tuberculósis genital, es comun que la próstata ó las vesículas, ó ambos órganos á la vez, sean invadidos por la enfermedad (á veces ántes que el cordon); entónces se sienten al tacto, aumentados de volúmen y de consistencia; no es frecuente encontrar irregularidades, ni núcleos duros aislados, si no es en una época avanzada de la afeccion; cuando una sola glándula seminal es atacada, se comprende que la vesícula del mismo lado ó el lóbulo correspondiente de la próstata se encuentren solo afectados.

México, Junio de 1883.

Agustin Aguirre y Valdés.